



## CENTRE COMMUNAL D'ACTION SOCIALE DE FAYENCE

A remplir soit :  
Par la personne âgée ou  
La personne handicapée  
Par son représentant légal  
Par un parent ou un proche  
Par un professionnel

Puis à adresser au :  
Centre Communal d'Action Sociale  
Place de la République  
83440 FAYENCE

### L'INSCRIPTION CONCERNE :

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance ou âge : .....  
Adresse précise : .....  
Bâtiment : ..... Entrée : ..... Etage : .....  
Code Postal : ..... Ville : .....  
Téléphone : ..... Portable : .....

Situation de famille : isolé(e)  couple  en famille   
Enfant(s) : oui  non  si oui à proximité  éloigné(s)

### Difficultés particulières liées à :

L'isolement  l'habitat  au déplacement  autres  (précisez) .....  
Médecin traitant : ..... Téléphone : .....

### PERSONNES A PREVENIR

Nom et prénom : .....  
Adresse : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

Nom et prénom : .....  
Adresse : ..... Ville : .....  
Téléphone : .....

### BULLETIN REMPLI PAR

L'intéressé(e)  Autre   
Si autre, précisez : Nom : ..... Téléphone : .....  
Qualité : .....

Date : ..... Signature : .....